

INFORMACIÓN FINANCIERA-PASIVOS Y OBLIGACIONES QUE SE DEBEN A OTROS:

Empresa/persona dinero debido a (por favor nombre de lista):	Número de cuenta	Monto adeudado	Actual valor crédito disponible	Pago Mensuales
Hipoteca sobre Casa al _____				
Préstamo de auto #1 en _____ Año _____ Marca _____ Modelo _____				
Préstamo de auto #2 en _____ Año _____ Marca _____ Modelo _____				
Tarjeta de Crédito: Nombre: _____ _____				
Tarjeta de Crédito: Nombre: _____ _____				
Total de Pagos:				

Total mensual efectivo ___ **desembolsos (línea A + línea B)** _____

¿Has solicitado un préstamo comercial? ___ Si ___ No ___ Aprobado _____ si es así fecha _____ nombre de la institución de préstamo: _____

Ha aplicado para: _____ Medicaid _____ Seguro Social o incapacidad?

Fecha de aprobado: _____ Fecha de negación: _____

RECURSOS FINANCIEROS-ACTIVOS (por favor adjunte copias de declaraciones actuales para todas las cuentas que se enumeran a continuación)

Efectivo	Banco o otras Instituciones Financieras	Número de Cuenta	Balance Actual
Cuenta de Cheque #1			\$
Cuenta de Cheque#2			\$
Cuenta de Ahorro			\$
CD			\$
Unidad de Credito			\$
IRA-otros			\$
			\$
			\$
			\$

Total de Efectivo (C) \$ _____

<u>OTROS ACTIVOS:</u>	<u>ENCIERRE UNO</u>		<u>Valor</u>
Bote	Yes	No	\$ _____
Camper/Trailer	Yes	No	\$ _____
Jet Ski	Yes	No	\$ _____
Mobile de Nieve	Yes	No	\$ _____
ATV	Yes	No	\$ _____
Motocicleta	Yes	No	\$ _____
Tierras	Yes	No	\$ _____
Propiedades	Yes	No	\$ _____
<i>Otros activos (lista)</i> _____	Yes	No	\$ _____
Total (D)			\$ _____

Si espera un cambio en ingresos, salud u otras circunstancias, o no puede proporcionar la información solicitada, entonces por favor explique. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Yo (nosotros) certifico que la información proporcionada es verdadera y exacta a lo mejor de mi (nuestro) conocimiento. Yo (Nosotros) autorizo al hospital o sus agentes a verificar la información proporcionada en esta solicitud. Yo (Nosotros) autorizo a que verificación puede incluir, sin limitarse a, la consulta de mi (nuestra) historia de crédito a través de una agencia de informes de crédito. Si alguno de los datos resulta para ser falso, entonces (nosotros) entiendo que el hospital puede volver a evaluar mi (nuestra) situación financiera y tomar cualquier acción que considere apropiada.

Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Fecha
Firma	Firma	Fecha

Por favor adjunte una copia de la presentación formas de impuestos más actual (1040 o 1040A)

Este formulario debe ser completado en su totalidad. Si no proporciona la información necesaria los representantes de los servicios de cuidado de franciscano su aplicación no será revisada.